

## Überweisung Patient/in:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Überweisungsdatum: \_\_\_\_\_

### mit Bitte um:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahn-/Wurzelentfernung  | <input type="checkbox"/> Knochenaufbau                 |
| <input type="checkbox"/> Weisheitszahnentfernung | <input type="checkbox"/> Implantation/-Beratung        |
| <input type="checkbox"/> Wurzelspitzenresektion  | <input type="checkbox"/> Faltenbehandlung mit Botox    |
| <input type="checkbox"/> Zystenoperation         | <input type="checkbox"/> Digit. Volumtomographie (DVT) |
| <input type="checkbox"/> Abszessbehandlung       | <input type="checkbox"/> Schleimhautveränderung        |
| <input type="checkbox"/> Behandlung in Narkose   | <input type="checkbox"/> Hautveränderung               |

### in regio bzw. Lokalisation:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte um Rückruf

Stempel/Unterschrift
----------------------